

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОТРУБЕВИДНЫМ (РАЗНОЦВЕТНЫМ) ЛИШАЕМ

В.Г. Панкратов, Н.Н. Сухобокова, А.О. Панкратов

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер»,
г. Минск

Актуальность. Отрубевидный (разноцветный) лишай (ОЛ) и *Malassezia*-фолликулиты являются наиболее распространенными представителями малассезиозов кожи. Считается, что не менее 90% населения мира являются носителями *Malassezia* [1-2]. Наиболее высокая плотность колонизации кожи данными грибами отмечается на участках богатых сальными железами (лицо, волосистая часть головы, верхняя треть туловища, аногенитальная область), что обусловлено их липофильностью [1, 3-5]. ОЛ регистрируется во всех странах и на всех континентах, им поражено около 10% населения мира, а в жарких странах – до 30%. Основными возбудителями ОЛ выступают *Pityrosporum orbiculare* или *M. globosa*, *M. sympodialis*, *M. slooffiae* [1, 6]. Большинство микологов считают данное заболевание малоконтагиозным. Инкубационный период не установлен. Риск возникновения ОЛ выше у лиц с повышенной потливостью, страдающих эндокринными нарушениями, туберкулёзом, иммунодефицитами, заболеваниями ЖКТ. Имеются указания на генетическую предрасположенность к развитию ОЛ [5]. Женщины болеют несколько чаще мужчин. Дети до 7 лет и старики после 70 лет болеют очень редко. Для ОЛ характерно многолетнее рецидивирующее течение. Преобладает эритематозно-сквамозная форма. Псевдопапулёзная форма (*Malassezia*-фолликулит) встречается менее чем у 5% пациентов. Различают ограниченные формы заболевания, занимающие до 18% площади тела, и распространенные – более 18 % площади тела [4].

Диагноз ОЛ устанавливается на основании анамнеза болезни, данных осмотра, положительной пробы Бальзера, выявления флюоресценции очагов с коричневатым или красно-жёлтым оттенком в лучах лампы Вуда, микроскопического исследования чешуек кожи с очагов поражения. Высыпания ОЛ дифференцируют от розового лишая Жибера, хлоазмы, витилиго, вторичного сифилиса.

Тактика лечения зависит от давности и распространенности микотического процесса, выявленных сопутствующих заболеваний [4-6]. Большинство случаев ОЛ и ограниченного неосложненного *Malassezia*-фолликулита поддаются лечению наружными

средствами. Мы отдали предпочтение двум из них – 2% крему Залаин (сертоконазола нитрат) и 1% крему Экзодерил (нафтифина гидрохлорид), ибо они способны накапливаться в эпидермисе. При распространенных и рецидивных формах, при *Malassezia*-фолликулите местное лечение рекомендуется дополнять системной терапией итраконазолом по 0,1 г 2 раза в день в течение 7 дней [6, 7].

Целью работы было рандомизированное сравнительное изучение клинической эффективности местного лечения пациентов кремом Залаин 2% и кремом Экзодерил 1%.

Материалы и методы. Под наблюдением в течение 2013-2015 гг. находились 90 пациентов (38 мужчин и 52 женщины) с лабораторно подтвержденным диагнозом ОЛ в возрасте от 19 до 63 лет, причем пациенты в возрасте от 21 до 40 лет составили 75,5%. У 89 из 90 пациентов диагноз был подтвержден микроскопически при использовании для забора материала прозрачной адгезивной плёнки, одновременно у 54 из 90 пациентов грибы были обнаружены в чешуйках, полученных методом соскоба, в том числе у 1 пациента, у которого при использовании прозрачной адгезивной плёнки грибы не были найдены. У всех пациентов проводились диагностические пробы Бальзера (с 2% йодной настойкой) и проверялся симптом Бенье (феномен «стружки»); 68 человек были обследованы также с использованием лампы Вуда – у 59 наблюдалась флюоресценция очагов с коричневатым или красно-жёлтым оттенком.

Все пациенты получали лечение амбулаторно. Методом рандомизации они были распределены на 2 группы. В первой группе (57 чел.: 24 мужчины и 33 женщины) в качестве местного лечения получали 2% крем Залаин (сертоконазола нитрат). Вторая группа (33 пациента: 14 мужчин и 19 женщин) – 1% крем Экзодерил (нафтифина гидрохлорид). Кремы втирали в предварительно обезжиренные участки пораженной кожи 2 раза в день в течение 20-21 дня. У 60 пациентов (38 из первой группы и 22 – из второй группы) одновременно проводилась системная терапия итраконазолом по 100 мг 2 раза в день в течение первой недели лечения.

Результаты. Впервые заболели 36 пациентов, болели 2 и более раз в течение последних пяти лет – 54. Ограниченная форма заболевания (менее 18% поверхности тела) имела место у 42 человек, распространенная – у 48. Высыпания ОЛ выявлялись на коже верхней половины спины (до углов лопаток) – у 64, боковых поверхностей туловища – у 48, груди – у 36, плеч – у 21, на шее – у 4 пациентов. Преобладала эритематозно-сквамозная форма

(94,4%), фолликулярная форма (*Malassezia*-фолликулит) диагностирована у 5 пациентов (5,6%).

Сравнение частоты положительных результатов микроскопии чешуек у 54 пациентов, обследованных методом забора материала с помощью прозрачной липкой ленты и одновременно традиционным методом с использованием соскоба и КОН, выявило высокую корреляцию совпадений результатов – положительные результаты получены, соответственно, у 53 и 54 пациентов (коэффициент корреляции составил $r=0,92$, $p<0.001$). Все пациенты перенесли лечение хорошо, аллергические реакции и другие побочные явления не были отмечены ни у одного пациента. С целью оценки эффективности лечения мы просили пациентов подойти на контрольное обследование на 9-10-й день и на 19-22 день от начала лечения. На контрольное обследование явились 82 пациента, в том числе 52 (63,4%) были осмотрены и обследованы лабораторно дважды в указанные сроки, 16 человек пришли только на первый контроль, а 21 – только по окончании лечения (на 20-27-й день после начала лечения). В целом, 73 пациента (81,1%) были обследованы после окончания лечения. На первом контроле из 68 человек у 59 клинические проявления заболевания практически разрешились, однако грибы были обнаружены у 5 человек (4 человека получали только местное лечение). Трое пациентов из этих 5 получали местное лечение с использованием крема Залаин 2%, а 2 пациента применяли крем Экзодерил (нафтифин) 1%. На втором контроле клиническое излечение с отрицательной пробой Бальзера отмечено у всех пациентов (100%), однако у 1 пациента, использовавшего для местного лечения крем Залаин 2%, и у 1 пациентки после лечения кремом Экзодерил 1% был выявлен возбудитель ОЛ при заборе материала методом адгезивной прозрачной пленки (т.е. микологическое излечение было достигнуто у 97,2% пациентов). Матушевская Е.В. и Свирщевская Е.В. (2014) ссылаются на статью G.Albanese и соавт. (1989), где итальянские авторы отмечали микологическое излечение у 96% пациентов с ОЛ после 2-недельного использования крема Нафтифин [7].

Многие исследователи указывают, что для ОЛ характерны рецидивы после лечения, причём уже через год рецидивы выявляли у каждого второго пациента, а спустя 2 года – у 80-90% наблюдавшихся лиц [1]. Полагают [5], что источником рецидивов у пациентов, получавших только местное лечение, являются сохранившиеся грибы в сально-волосяных фолликулах, о чём свидетельствует и приуроченность клинических проявлений данного заболевания к сально-волосяным фолликулам. Мы обследовали повторно через 10-12 месяцев после лечения 29 пациентов,

рецидив заболевания отмечен у 11, причём 9 из них летом отдыхали на турецких или болгарских пляжах.

Заключение. Сравнение результатов местного лечения пациентов отрубевидным лишаем кремом Залаин 2% и кремом Экзодерил 1% не выявило статистически достоверных различий клинической эффективности данных препаратов.

Литература:

1. Сергеев А.Ю. Грибковые инфекции: Руководство для врачей. 2 изд. / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев. – М.: Издательство БИНОМ. – 2008. – С.230-238.
2. Козловская В.В. Выявление дрожжеподобных грибов рода *Malassezia* на коже здоровых людей и больных себорейным дерматитом, себорейным псориазом и атопическим дерматитом // Мед. панорама. – 2007. – № 12(80). – С. 30-33.
3. Арзуманян В.Г. Дрожжеподобные грибы *Malassezia* (*Pityrosporum*). / В.Г. Арзуманян, М.А. Мокроносова, В.Б. Гервазиева // Вестник РАМН. – 1998. – № 5. – С. 44-47.
4. Левончук Е.А. Разноцветный лишай: клиника, диагностика, современная терапия // Мед. новости. – 2007. – № 13. – С.21-23.
5. Кубанова А.А. Руководство по практической микологии / А.А.Кубанова, Н.С.Потекаев, Н.Н.Потекаев. – М.: Финансовый издательский дом «Деловой экспресс», 2001. – С.40-47.
6. Таха Т.В. Использование антимикотических препаратов в лечении отрубевидного лишая. / Т.В. Таха, Д.К. Нажмутдинова // Русский мед. журнал. – 2009. – № 17. – С. 1072-1073.
7. Матушевская Е.В. Нафтифин в терапии грибковых инфекций кожи: 40 лет успеха. / Е.В. Матушевская, Е.В. Смирщевская // Вестн. дерматол. и венерол. – 2014. – № 2. – С.72-77.

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ О ПУТЯХ ПЕРЕДАЧИ И ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Е.В. Плотницкая, Е.М. Тищенко, М.Н. Павловский

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Инфекционные болезни занимают значительное место среди причин смерти населения во всем мире. Они уносят около 13 млн жизней ежегодно, каждый час от них в мире умирают 1500 человек, более половины из них - дети моложе 5 лет. По данным ВОЗ, на долю инфекционных болезней приходится около 25% всех смертей в мире. Ежегодно каждый третий житель Европы переносит инфекционную болезнь.

Цель. В связи с этим целью нашего исследования было изучить уровень знаний населения об инфекционных заболеваниях и способах их профилактики.

Материалы и методы. Для определения уровня знаний населения, было проведено анкетирование по специально